Nr 11. Kraków, 16. marca 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 16. marca 1918 Nr. 11

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Znaczenie odczynu Wassermanna w kontroli sanitarnej prostytutek.

Podał

Dr. Franciszek Walter

tymczasowy kierownik oddziału.

Dwa są najważniejsze postulaty naukowo pojętej kontroli zdrowia prostytutek. Pierwszy, to badanie okresowe drobnowidowe, wydzieliny błon śluzowych narządów rodnych co do dwoinek Neissera; drugi, to badanie surowicy krwi co do odczynu Wassermanna. Badanie to należy przeprowadzać szczególnie u prostytutek młodych, znajdujących się w okresie utajonej kiły.

Pierwszy postulat, mimo przeciwnych zapatrywań wielu lekarzy i higienistów, uważać należy za bardzo ważny. Wszak statystycznie udowodniono zmniejszenie się ilościowe przypadków świeżego wiewióra mężczyzn w miejscowościach, gdzie przeprowadzono systematyczne badanie drobnowidowe prostytutek co do obecności dwoinek wiewiórowych. Maksymilian Müller przytacza dane statystyczne z Metzu, wykazujące niezbicie, że ilość zakażenia wiewiórowego u załogi stale i znacznie się zmniejszała w tych latach, w których zaprowadzono lepszą kontrolę zdrowia prostytutek, a zwłaszcza wskutek wprowadzenia drobnowidowego badania wydzieliny błon śluzowych narządów rodnych.

Również koniecznym i ważnym postulatem jest systematyczne badanie surowicy krwi co do odczynu Wassermanna. Ważne bowiem dla lekarza sanitarnego jest poznanie dokładnego stanu zdrowia prostytutek, zwłaszcza w kierunku kiły. Na pierwszy plan wysuwałaby się okoliczność, że prostytutka, znajdująca się w okresie kiły utajonej, mająca jednak dodatni odczyn Wassermanna, może stać się przyczyną zakażenia? Jako typowy przykład niech posłuży przypadek lekarza wiedeńskiego, który uległ zakażeniu kiłą od prostytutki w dniu wypuszczenia jej z oddziału bez objawów; prostytutka ta, w dniu wypuszczenia jej ze szpitala, badana była przez takie powagi, jak Neumann i Finger, jak również przez lekarzy policyjnych. Również i Müller ogłasza przypadki, gdzie źródłem dwu zakażeń kiłowych była prostytutka, u której autor nie mógł znaleźć żadnych objawów kiły prócz dodatniego odczynu Wassermanna. Dziewczyna ta była leczona przeciwkiłowo przed półtora rokiem, a więc znajdowała się w okresie kiły utajonej. Podobnych przypadków zakażenia się przytacza Müller jeszcze cztery, gdzie prostytutki w okresie kiły utajonej, mimo że były systematycznie badane, jednak stały się źródłem świeżego zakażenia.

W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać dwa podobne przypadki. W jednym, młody człowiek uległ zakażeniu mieszanemu (chancre mixte) od prostytutki, którą w dwa dni potem przysłał lekarz policyjny do lekarza klinicznego z rozpoznaniem »wrzodów miękkich u osobnika z kiłą utajoną«. U prostytutki tej stwierdzono kilka typowych wrzodów miękkich w okolicy odbytnicy. Chora, od dwóch lat dotknięta kiłą, ostatnie leczenie przechodziła przed pół rokiem; odczyn Wassermanna jednak był wybitnie dodatni. — W drugim przypadku podano za źródło zakażenia prostytutkę, zamieszkałą w domu publicznym, dwukrotnie leczoną przeciwkiłowo na naszym oddziale, u której przy codziennej kontroli nie znajdowano żadnych zmian przyrody kiłowej.

Tak więc z tych przypadków, które wprawdzie opierają się tylko na prawdomówności pacyentów, należałoby przyjąć, że kobiety w okresie kiły utajonej mogą być niebezpieczne dla obcujących z niemi płciowo mężczyzn.

Zastanowić się teraz należy, czy doświadczenia pracowniane poprzeć mogą kliniczne spostrzeżenie. Badanie doświadczalne kiły weszło na szerokie tory dopiero z chwilą odkrycia szczepienia jadu kiłowego na tkankę jądrową królików. Z doświadczeń zajmują nas przedewszystkiem szczepienia na króliki krwi osobników, znajdujących się w okresie kiły utajonej. O tem, że krew może stać się źródłem zakażenia w okresie kiły utajonej, wiedzieli już dawniejsi syfilidologowie. Fournier spostrzegał przypadek przeniesienia kiły drogą limfy na dziecko przy szczepieniu przeciw ospie. Przypadki Fingera również zaliczyć należy do tej grupy. Badania doświadczalne ostatniego dziesięciolecia dobitnie stwierdziły, że krętki blade o wiele prędzej i dłużej krążą we krwi chorego osobnika, niż to przypuszczano. Znajdowano je w okresie zmiany pierwotnej, gdy odczyn Wassermanna był jeszcze ujemny (Frühwald).

Po raz pierwszy odkryli krętki blade we krwi Raubitschek, Noeggerath, Staehelin. Hoffmann pierwszy zaszczepił zakażoną krew na małpy, a Uhlenhuth i Mulzer odwłóknioną zakażoną krew w jądra królików z wynikami dodatnimi. Uhlenhuth i Mulzer szczepili króliki krwią osobnika z kiłą utajoną, trwającą od czterech lat i zdołali otrzymać dwa wyniki dodatnie na piętnaście szczepień. We wszystkich tych przypadkach odczyn Wassermanna był dodatni. Ledermann opisuje jeden dodatni przypadek, a Frühwald dwa. Właściwie dodatnimi przypadkami były tylko przypadki Frühwalda i Graetza; Graetza — z okresu kiły utajonej trwającej lat 7, leczonej, bez żadnych objawów, tylko z odczynem Wassermanna dodatnim. Uhlenhuth bowiem zaszczepił z wynikiem dodatnim krew matki z odczynem Wassermanna dodatnim, bezpośrednio znajdującej się po porodzie dziecka, z typowymi objawami kiły wrodzonej. Tak więc nie możnaby było uważać tego przypadku za pewny, gdyż przyjąć należy urodzenie dziecka kiłowego za objaw kiły matki. Natomiast przypadki Frühwalda i Graetza odnosiły się do przypadków pewnej kiły utajonej, w których nie stwierdzono badaniem klinicznem żadnych objawów prócz dodatniego odczynu Wassermanna.

Tak więc doświadczalnie stwierdzono obecność krętków bladych we krwi osobników z kiłą utajoną. Podnieśćby tu można zarzut, że obecność krętków bladych w tych przypadkach mogła być objawem zbliżającego się nawrotu. Jednakże przypadki Frühwalda, dotyczące prostytutek, nie potwierdziły tej możliwości mimo dłużej trwających obserwacyi. Tak więc udowodniono, że krew osobników z kiłą utajoną może być niebezpieczna, i to w wysokim stopniu. Jak długo jednak krew może zachowywać swoją jadowitość poza ustrojem, co do tego brak jest wyczerpujących doświadczeń. Graves spostrzegał, że po godzinnem przechowaniu w ciepłocie pokojowej zachowała krew jeszcze swą jadowitość, natomiast straciła tę własność po upływie trzech godzin. Uhlenhuth i Mulzer, o ile szczepili świeżą krew, zaraz po nakłuciu żylnem, otrzymywali wyniki dodatnie; po 24 godzinach szczepienia nie udawały się. Frühwald szczepił krew z wynikiem dodatnim po godzinnem staniu; Aumann po 2 godzinach.

Do szczepienia krwi na zwierzęta najlepszą porą jest okres tuż przed wysypką, albo w czasie jej początkowym. Że nie zawsze jednak udają się szczepienia, dowodziłoby to, że niekoniecznym jest warunkiem, aby przy pojedynczych objawach chorobowych musiały być obecne koniecznie krętki blade we krwi. Pasorzyty te bowiem, to raczej pasorzyty limfy, a nie krwi. Z drugiej strony nie należałoby zapominać, że mimo ujemnych szczepień i badań drobnowidowych mogą krętki znajdować się we krwi, jednak w bardzo nieznacznej ilości.

Dodatnie przypadki szczepień krwi osobnika z kiłą utajoną mają więc bardzo doniosłe znaczenie w klinice kiły. Przecież wielu nawet lekarzy (są to spostrzeżenia na samych sobie, więc tem większą należy im przypisać wagę) po wyleczeniu — a przynajmniej uważając się za wyleczonych — nie znajdując u siebie przez dłuższy okres czasu jakichkolwiek objawów kiły, zawarło związki małżeńskie, a przecież żony ich uległy zakażeniu. Najprawdopodobniej stało się to drogą nasienia. Tu bowiem mogły się długi czas ukrywać w tkance jądrowej krętki blade. Dlatego też Graetz, uważając to za objaw bardzo ważny, radzi przed ślubem u przyszłego małżonka badać nasienie przez szczepienie na króliki. Szczepienie bowiem samej krwi — przy dzisiejszych warunkach technicznych — nie jest jeszcze zupełnie pewne, (zawodzi przecież i w kile otwartej). To badanie nasienia lub materyału, otrzymanego przez nakłucie tkanki jądrowej, uważa Graetz równo z Aumannem za pewniejsze, niż odczyn Warssermanna. Jednakże o tem, że przypuszczenia i wnioski tych autorów nie zupełnie są pewne, poucza nas dostatecznie spostrzeżenie kliniczne w kile wrodzonej.

Niebezpieczeństwo zakażenia przez osobniki z kiłą utajoną odnosi się przedewszystkiem do prostytutek. Żadna bowiem w swej karyerze nie ujdzie zakażeniu, każda bez wyjątku, oddająca się przez dłuższy czas nierządowi, wcześniej czy później ulega zakażeniu kiłowemu.

Dlatego ważne jest w kontroli sanitarnej prostytutek okresowe badanie krwi co do odczynu Wassermanna, ze względu przedewszystkiem na zarządzenia zapobiegawcze w razie dodatniego odczynu; każdy bowiem w ten sposób stwierdzony przypadek poddać musimy przymusowemu leczeniu swoistemu.

Już dawne kliniczne spostrzeżenia pouczyły nas, że kiła przeważnie jest niebezpieczna co do udzielania się w pierwszych czterech do pięciu lat po zakażeniu. Dokąd odczyn Wassermanna jest dodatni, musimy to uważać za objaw kiły czynnej, a więc przedewszystkiem obawiać się musimy możliwości zakażenia; sprawa bowiem stosunku powstawania późniejszych zmian trzeciorzędnych lub t. zw. parasyfilitycznych do odczynu Wassermanna nie wchodzi w zakres naszych rachub. Zmiany trzeciorzędne ze względu na małą zaraźliwość i swoją siedzibę nie są tak niebezpieczne; sam ich obraz zewnętrzny wywrzeć musi odpowiednie wrażenie.

W okresie trzechletnim 1914—1917 zbadałem z górą 4 tysiące surowic krwi w kierunku odczynu Wassermanna. Znaczna część badanych surowic pochodziła od prostytutek t. zw. jawnych i tajnych, jakoteż od kobiet, przychwyconych podczas obław policyjnych.

Ogólna liczba tych przypadków wynosiła 1039.

W okresie kiły utajonej — przypadków mających największe znaczenie dla kontroli sanitarnej było 296, z czego na prostytutki reglamentowane przypadało 198, na tajne, względnie na kobiety, schwytane podczas obław, przypadków 98. Co do wieku, to

w 16 roku życia było przypadków	prost. regl.	4	tajn.	6
17		12		2
18		20		11
19		18		16
20		38		14
21—25		59		25
25—30		38		18
30—40		9		6
		198		98

Tak więc główną część przypadków z kiłą utajoną stanowią dziewczęta młode i z jasnych powodów tam niebezpieczniejsze dla przenoszenia zakażenia.

Z tej liczby ogólnej przypadało na prostytutki reglamentowane z odczynem Wassermanna dodatnim przypadków 159, z ujemnym 39; tajnych prostytutek z odczynem Wassermanna dodatnim było 79, ujemnym 19.

W tej liczbie było prostytutek reglamentowanych dotkniętych prócz kiły utajonej także i wrzodem miękkim z odczynem Wassermanna dodatnim 42, — ujemnym 8; tajnych prostytutek z O. W. dodatnim 7, ujemnym 1.

Również zaliczono i przypadki leczone z powodu owrzodzenia przyrody nie wenerycznej (erosio, ulcus artif. i t. d.), tych było u prostytutek jawnych z odczynem W. dodatnim przypadków 29, ujemnym 5, u tajnych z O. W. dodatnim 5, ujemnym 1.

Przypadków jawnej kiły było 468; a prostytutek jawnych w okresie zmiany pierwotnej 20 i 4 zakażenia mieszane, w okresie kiły drugorzędnej 201, trzeciorzędnej 5. Prostytutek tajnych w okresie zmiany pierwotnej było 32 i 6 zakażeń mieszanych, w okresie drugorzędnym 197, trzeciorzędnym 3. Wszystkie prawie dotknięte kiłą drugorzędną, znajdowały się we wczesnycch okresach kiły drugorzędnej, trwającej 1—2 lat; przeważna ilość przypadała na dziewczęta nieletnie i te stanowiły znaczną część prostytucyi tajnej.

Osobników wolnych od zakażenia kiłowego było 275, z czego na prostytutki reglamentowane przypadało 116 (w tem przypadków z wrzodem miękkim 35), na tajne 159 (w czem 24 z wrzodami miękkimi). Dziewczęta te, wolne od kiły, w przeważnej części przypadków były nieletnie, a jako prostytutki niedawno oddawały się swemu zawodowi (zaledwie kilka miesięcy).

Jeżeli zwrócimy uwagę na zaznaczone na wstępie przypadki zakażenia kiłowego od prostytutek, znajdujących się w okresie kiły utajonej, musi nas uderzyć groźba niebezpieczeństwa zakażenia od tych dziewcząt, których kiła datuje się od niedawna, mimo że nie mają żadnych objawów. Następnie, jeżeli przypomnimy sobie doświadczenia autorów z przeszczepieniami krwi osób tylko z odczynem Wassermanna dodatnim, z udałymi wynikami, — to spostrzeżenia te musi mieć w pamięci przedewszystkiem lekarz, wykonujący kontrolę sanitarną nad prostytutkami. Musi on znać stan, względnie okres kiły utajonej swojej pacyentki, a w pierwszym rzędzie wynik odczynu Wassermanna. Niejednokrotnie dotyczyć może sprawa banalnych nadżerek na błonach śluzowych części rodnych, owrzodzeń przyrody nie wenerycznej, nieraz sztucznie lub przypadkowo wywołanych; one bowiem stać się mogą niebezpieczne przez swą wydzielinę surowiczą lub krwawą, w niej bowiem znaleść się mogą pojedyncze krętki blade. Również odnosi się to i do wrzodów miękkich, te bowiem stać się mogą przyczyną podwójnego, mieszanego zakażenia.

Tak więc obecność tych zmian, nieraz banalnych, powinna być przyczyną do przymusowego leczenia przeciwkiłowego w razie obecności kiły utajonej. Ale nie tylko w takich okolicznościach należałoby podejmować leczenie. Przez systematyczne okresowe badanie surowic prostytutek możemy z łatwością wyśledzić tę fazę w okresie kiły utajonej, która może być zakaźną, t. j. okres zjawiania się dodatniego odczynu Wassermanna. I te przypadki należałoby również poddać swoistemu leczeniu. Bezwątpienia należy to do rzeczy bardzo trudnych; ogólnie przecież jest znana niechęć prostytutek do leczenia się. Do wyjątków należą takie, które, znając istotę swej choroby, leczą się okresowo w czasie wyznaczonym przez lekarza. Przeważna część lekceważy sobie stan swej choroby, a gdy wskutek występującego nawrotu zmiany kiłowe zmuszą lekarza do odesłania prostytutki do leczenia oddziałowego, uważa to ona za wielką krzywdę, niesłusznie wyrządzoną. Być może, że w niechęci do leczenia utrzymuje prostytutki konieczność długiego pobytu w szpitalu i związane z tem ograniczenia. Dla tych więc przypadków powinny być założone poradnie, najlepiej przy klinikach lub szpitalach, gdzie znajdują się oddziały dla prostytutek. Tu mogłyby prostytutki odbyć leczenie, nie połączone z niedogodnościami pobytu szpitalnego. W ten sposób leczone, przestawałyby być niebezpieczne dla swych klientów.

W każdym razie należałoby pociągnąć linię graniczną między prostytutkami, które dawniej uległy zakażeniu, a takiemi, które znajdują się we wczesnych okresach kiły utajonej. Wiemy bowiem, że odczyn Wassermanna utrzymuje się nieraz długie lata mimo najusilniejszego leczenia danego osobnika; odczyn niejako przeżywa kiłę i o wiele trudniej usunąć go, niż najcięższe objawy kliniczne. Ideałem byłoby osiągnięcie ujemnego wyniku, że jednak to nieraz trudne do urzeczywistnienia, tak nieraz i w tym wypadku poniechać musimy i najlepszych chęci. Lekarz policyjny w pierwszym rzędzie zwracać musi uwagę na dziewczęta, znajdujące się w pierwszych 4 latach utajonej kiły.

O wiele trudniej byłoby przeprowadzić wykonywanie badania u kobiet, oddających się tajnej prostytucyi, a dotkniętych kiłą. Do systematycznego leczenia z powodu braku kontroli nie będą one zmuszone, a przypadkowe tylko schwytanie ich podczas obław i wskutek donosów może dać możność przeprowadzenia serologicznego badania i ewentualnego leczenia. Od kilku lat przeprowadzam u każdej prostytutki lub kobiety, przysłanej przez lekarzy sanitarnych do leczenia lub celem obser-

wacyi, — badanie krwi w kierunku odczynu Wassermanna. Przedewszystkiem ma to znaczenie dla kiły utajonej, tu bowiem dodatni odczyn stanowi powód dla przeprowadzenia leczenia swoistego. Nieraz natrafia to na opór ze strony doświadczonych prostytutek, które wiedzą, że zmiany, z któremi je przysłano do leczenia, nie są kiłowemi.

Przeprowadzenie tych systematycznych badań u każdej dziewczyny, podejrzanej o wykonywanie prostytucyi, wykazało także dodatnie strony i pod innymi względami.

W pewnej liczbie przypadków odkryto stan utajonej kiły tam, gdzie ani wywiady, ani badanie kliniczne, nie dało żadnych danych co do istnienia kiły w ustroju. Prostytutki i dziewczęta, które przeczyły przebyciu kiły, wykazywały wybitne odchylenie komplementu w surowicy. W razie takiego zahamowania hemolizy powtarzaliśmy odczyn poraz drugi w kilka dni; jeżeli powtórnie wypadł wybitnie dodatnio, uważaliśmy ten przypadek jako przypadek kiły utajonej i jako taki poddawaliśmy leczeniu.

Szereg podobnych przypadków znajdujemy w wielu cyfrach statystycznych różnych autorów. I tak statystyka Pinkusa wykazuje, że z 230 prostytutek, które według wywiadów nigdy nie były leczone przeciwkiłowo, a u których badanie kliniczne nie wykazywało objawów chorobowych, u 180 badana surowica dała wybitne zahamowanie hemolizy; ale i z tych pozostałych 50 z odczynem Wassermanna ujemnym, prawie wszystkie napewno musiały przebyć kiłę albo też znajdowały się w okresie utajenia. Również inni, jak Becker (na 80 prostytutek bez objawów kiły w wywiadach, 33 odczynów Wassermanna dodatnich) Hecht, Hoehne, podobne spostrzegali przypadki. Dreyer i Meirowski na 43 dziewcząt, przeczących przebyciu kiły, u 26 względnie 32 stwierdzili dodatni odczyn Wassermanna. Statystyka moja wykazuje 69 przypadków bez wywiadów i objawów klinicznych kiły, jednak z odczynem Wassermanna dodatnim. Z ogólnej tej liczby na notoryczne prostytutki wypadło przypadków 33, na tajne prostytutki i przy obławach policyjnych schwytane dziewczęta — przypadków 36. Czas trwania kiły nie mógł być stwierdzony; część jawnych prostytutek oddawała się swemu zawodowi w 26 przypadkach od 1—2 lat, w 9 natomiast dłużej, bo 5, 7, 11, 13 lat. Przypadki te zaliczyć musimy w większej części do kiły nierozpoznanej (lues ignorata). Wiele bowiem zmian pierwotnych przebiegało prawdopodobnie pod banalnemi na pierwszy rzut oka postaciami, lub w miejscach trudno dostępnych badaniu, n. p. na części pochwowej macicy (usadowienie takie stwierdzić mogliśmy na naszym materyale 3-krotnie). Poza tem zmiany kliniczne drugorzędne mogą być tak skąpe, że również mogą ujść uwagi lekarza, tembardziej pacyentki. Również i zakażenie mieszane, rozpoznane może być tylko jako wrzód miękki i jako taki leczone.

Ale nie trzeba w każdym razie zapominać, że w wielu przypadkach spotykamy się z notorycznem kłamstwem dziewcząt w celu ukrycia stanu chorobowego.

Czy jednak w takich przypadkach i u takich osobników dodatni odczyn Wassermanna uważać należy za pewny objaw kiły czynnej lub przebytej, czy też za odczyn w tych przypadkach zupełnie nieswoisty? Na 4 tysiące wykonanych odczynów nie zdarzyło mi się, aby w przypadkach, gdzie nie było napewno kiły, odczyn wypadł dodatnio. W jednym tylko przypadku daleko posuniętego charłactwa nowotworowego (stenosis neoplasmatica recti) było częściowe zahamowanie hemolizy; przypadki podobne są dobrze znane i ogłaszane niejednokrotnie w piśmiennictwie serologicznem. Nie należy jednak zapominać i zaniedbywać w tych przypadkach dodatniego wyniku — także i badania klinicznego; nawet poniekąd musi ono iść przed odczynem Wassermanna; należy śledzić za śladami objawów kiłowych, blizn, gruczołów i t. d. I niejednokrotnie, jak nas poucza doświadczenie kliniczne, znajdziemy coś, co uszło pierwotnie naszej uwagi. Również i oględziny pośmiertne wykazały nieraz zmiany kiłowe narządów wewnętrznych, które za życia nie były dostępne badaniu klinicznemu. I w naszej statystyce znalazłyby się przypadki, gdzie mimo pierwszego badania ujemnego, — po otrzymaniu dodatniego odczynu — znajdowały się jednak ślady przebytej kiły przy powtórnem bardzo dokładnem badaniu. Oczywiście nawet i powtórne badanie może nas zawieść, ale wykonany po raz drugi odczyn z wynikiem dodatnim, — i to jeszcze u osobnika, oddającego się prostytucyi, — utwierdzić nas musi w rozpoznaniu kiły utajonej nieświadomej.

(Dokończenie nastąpi)

Z oddziału dla chorób nerwowych c. k. rezerwowego szpitala Nr I we Lwowie.

O zaburzeniach pęcherzowych u żołnierzy.

Podał

st. lekarz **Dr Jakób Rothfeld**

asystent kliniki chorób nerwowych Uniw. lw., obecnie kierownik oddziału.

(Ciąg dalszy).

Zaznaczyłem już na wstępie, że objawy ze strony pęcherza są tesame zarówno w przypadkach świeżo nabytych, jak w nawrotach wrodzonego mimowolnego moczenia. Jeżeli mimo to odróżniam przypadki nabyte od wrodzonych, to czynię to z tego powodu, że dla przypadków wrodzonych (enuresis nocturna essentialis) podano pewne objawy cielesne, które niektórzy autorowie uważają za znamienne. Przypominam zbiór objawów, podany przez Fuchsa[17]), a nazwany przez niego myelodysplazyą; tu należą obok moczenia nocnego rozszczepienie kręgosłupa (spina bifida occulta), pozaciągane blizny w okolicy kości krzyżowej i guzicznej, nieprawidłowe uwłosienie nad kością krzyżową, znamiona barwikowe, tłuszczaki, zrośnięcie palców u nóg, nieprawidłowości odruchów skórnych i ścięgnistych, zaburzenia czuciowe. O ile dawniej zaliczono mimowolne nocne moczenie do nerwic, to Fuchs i Mattauschek[18]) wskazali na przedmiotowe objawy cielesne i uważają tę jednostkę chorobową za wynik niedokształtu dolnego odcinka rdzenia kręgowego. Późniejsze badania potwierdziły na ogół spostrzeżenia Fuchsa. Peritz[19]) znalazł u 68·2% chorych dorosłych, a u 35% chorych dzieci zboczenia w kości krzyżowej, natomiast rzadko spotykał u tych chorych cechy zwyrodnienia. Peritz przyłącza się wprawdzie do zdania Fuchsa co do myelodysplazyi, sądzi jednak, że istnieje cały szereg przypadków, które wobec braku objawów myelodysplazyi zaliczyć należy do nerwic. Scharnke[20]) stwierdził rentgenologicznie w 60% przypadków, a Janke[21]) w 53·3% zmiany w kości krzyżowej i w kręgach lędźwiowych; podobnie, jak Peritz, nie znajduje Scharnke cech degeneracyjnych, ani zmian w odruchach i w czuciu skórnem.

Tym wynikom, stwierdzającym zapatrywania Fuchsa, przeciwstawić należy badania Trömnera[22]), który na 133 dzieci, cierpiących na nocne moczenie, nie znalazł ani razu rozszczepienia kręgosłupa. Ebstein[23]) spostrzegał przypadek, w którym stwierdził rozszczepienie kręgosłupa, a który to chory nigdy nie cierpiał na zaburzenia pęcherzowe. Ullmann znalazł na 48 chorych tylko 4 razy rozszczepienie kręgosłupa, a 26 razy zaburzenia w kości krzyżowej, jak asymetrye, rozszczepienie wyrostków kolczystych, za wysoko sięgający rozwór krzyżowy (hiatus sacralis) lub nizko schodzący górny rozwór krzyżowy, w nielicznych przypadkach spotykał zrośnięcie palców u nóg. Natomiast stwierdził ten autor nieprawidłowości w budowie czaszki, i to na 50 przypadków z wrodzonem mimowolnem moczeniem nocnem, 42 razy zniekształcenia czaszki, czaszki wieżowate, zbyt małe czaszki, wodogłowia, czaszki kwadratowe i t. p. Oprócz tego stwierdził u swoich chorych cały szereg znamion zwyrodnienia; przyrośnięte płatki uszne, zrośnięte brwi, kobiecą budowę miednicy, żeński typ uwłosienia ciała, niedostateczny rozwój umysłowy i t. d. Ullmann podnosi w przeciwstawieniu do Fuchsa, że wrodzone mimowolne moczenie nie jest przywiązane do pewnej chorobliwej konstytucyi ciała, tylko może być objawem rozmaitych wad ustrojowych.

Na 90 przypadków wrodzonego mimowolnego moczenia nocnego, które spostrzegałem na oddziale, zbadano 19 przypadków rentgenologicznie (Dr Sabat). W 37% przypadków znaleźliśmy rozszczepienie kręgosłupa, w 37% asymetrye i skrzywienia części lędźwiowej kręgosłupa albo kości krzyżowej, a 26% przypadków były zupełnie prawidłowe. Dla rozstrzygnięcia pytania, czy mimowolne nocne moczenie pozostaje w związku przyczynowym z rozszczepieniem kręgosłupa, względnie, o ile ta zmiana w kośćcu jest dla wrodzonego mimowolnego moczenia nocnego cechującą, należało stwierdzić, czy rozszczepienie kręgosłupa nie zdarza się u ludzi zupełnie zdrowych, którzy w dzieciństwie nie cierpieli na wrodzone zaburzenia pęcherzowe. Jako materyał porównawczy mogą nam służyć przypadki nabytych zaburzeń pęcherzowych, które dotyczą ludzi, w dzieciństwie zupełnie zdrowych. Na 98 przypadków takich zaburzeń, powstałych na tle przeziębienia, badano 16 rentgenologicznie; w 25% stwierdzono rozszczepienie

kręgosłupa, w 37·5% asymetrye, skrzywienia kręgosłupa i kości krzyżowej, 37·5% było bez zmian w kośćcu. Na 10 przypadków powstałych po urazie, znaleźliśmy w 20% rozszczepienie kręgosłupa, tak że na 26 przypadków nabytych zaburzeń pęcherzowych stwierdziliśmy rozszczepienie kręgosłupa 6 razy, czyli w 23% przypadków.

	Enur. noct. cong.	Nabyte po przezięb.	Nabyte po urazie
Ilość przypadków rentgeniz.	19	16	10
Spina bifida	37%	25·5%	10%
Asymetrya	37%	37·5%	20%
Prawidł.	26%	37·5%	60%

Z zestawienia tego wynika, że także u ludzi, którzy nigdy nie cierpieli na mimowolne nocne moczenie, spotykamy prawie w tej samej liczbie rozszczepienie kręgosłupa, asymetrye, skrzywienia kręgosłupa i kości krzyżowej, jak u ludzi z wrodzonemi zaburzeniami pęcherzowemi, tak że nie jest uzasadnionem twierdzenie, jakoby te zmiany rozwojowe w kośćcu były cechujące dla wrodzonych zaburzeń pęcherzowych.

Z innych objawów, zaliczonych do myelodysplazyi (Fuchs), znalazłem tylko w jednym przypadku pozaciąganą bliznę nad kością guziczną; u tego samego chorego stwierdziłem także rozszczepienie kręgosłupa i cały szereg znamion ustrojowego zwyrodnienia, jak przyrośnięte płatki uszne, wysokie, wązkie podniebienie, infantylizm. W innym przypadku stwierdziłem nad kręgosłupem, na przejściu z części piersiowej w część lędźwiową, dość znaczne znamię barwikowe i niewielką ilość dość długich włosów na środku znamienia; badanie rentgenowskie kręgosłupa w miejscu, odpowiadającem zmianie skórnej, dało wynik ujemny. Pletwowatego zrośnięcia palców u nóg nie spotkałem w ani jednym przypadku; podobnie nie stwierdziłem różnicy w odruchach skórnych i ścięgnistych. Zaburzenia czuciowe na kończynach dolnych zdarzały się wprawdzie nierzadko, jednak zmian tych nie można było zaliczyć do zbioru objawów myelodysplazyi, gdyż podobne zaburzenia czuciowe spotykaliśmy u innych chorych, jako wyraz zaburzeń naczynio-ruchowych w następstwie działania zimna.

Nieprawidłowości w budowie czaszki, na które wskazał Ullmann, stwierdziliśmy w naszym materyale w 16·6% przypadków. Uwzględnialiśmy tylko wybitne zmiany i zboczenia od stanu prawidłowego. Nadto stwierdziliśmy szereg objawów zwyrodnienia, jak wysokie, wązkie podniebienie, przyrośnięte płatki uszne, asymetrya w usadowieniu uszu, drżenie oczu, objaw Chwostka, infantylizm, żeński typ uwłosienia, spodziectwo, przedzielone ujście zewnętrzne cewki moczowej, w dwóch przypadkach podwójne ujścia moczowodów, w kilku przypadkach wrodzone małe zaułki w ścianie pęcherza moczowego. Zauważyć należy, że zmiany w budowie czaszki i wymienione znaki zwyrodnienia spotykaliśmy zarówno w przypadkach wrodzonych zaburzeń pęcherzowych, jak i w przypadkach nabytych.

Spostrzeżenia na naszym materyale wiodą do wniosku, że mimowolne moczenie nocne nie jest wyrazem jedynie zmniejszonej wartościowości dolnego odcinka rdzenia, lecz że jest w związku z ogólną wadliwą budową ustroju; w tej mierze przyłączam się zupełnie do zdania Ullmanna. Z drugiej strony wykazuje nasz materyał, że zarówno rozszczepienie kręgosłupa, jak i zmiany w budowie czaszki i znamiona degeneracyjne, zdarzają się tak w przypadkach wrodzonych, jak i w nabytych. Fakt ten przemawia przeciw związkowi przyczynowemu między wrodzonemi zmianami w kostnych osłonach zarodkowego układu moczowego, a wrodzonemi zaburzeniami pęcherzowemi; mojem zdaniem należy przyjąć, że wrodzone mimowolne moczenie nocne jest objawem degeneracyjnym, współrzędnym z rozszczepieniem kręgosłupa i nieprawidłową budową czaszki, że jest zatem tylko jednym z objawów ogólnej neuropatycznej konstytucyi cielesnej.

Szczególną uwagę zwracaliśmy na badania cystoskopowe, tembardziej, że niektórzy autorowie podkreślali częste zmiany na błonie śluzowej, beleczkowaty przerost mięśnia wypieracza w przypadkach wrodzonego mimowolnego moczenia nocnego, jak i w nabytej niemożności zatrzymania moczu. Trembur, Scharnke zaliczyli nawet przerost beleczkowaty do zbioru objawów myelodysplazyi; pierwszy z nich znalazł w 53·8%, drugi w $58^2/_3$%, Ullmann w 53·5% przypadków wspomniane zmiany w pęcherzu. Również często stwierdzali przerost Juliusberg i Hiller. Na 53 cystoskopowanych[1]) przypadków wrodzonego mimowolnego moczenia nocnego z naszego materyału stwierdzono tylko w 5·7%, wyraźne zmiany w postaci beleczkowatego przerostu, w 24·5% były zmiany te tylko zaznaczone i ograniczały się do bocznych części pęcherza lub okolicy ujść moczowodów. Podnieść należy, że zmiany te były bardzo nieznaczne, tak że często niewiele przekraczały granicę stosunków fizyologicznych. Wybitne zmiany w pęcherzu są również i w przypadkach nabytej niemożności zatrzymania moczu rzadkie. Na 49 badanych przypadków stwierdziliśmy w 6·1% wyraźny, a w 22·4% zaznaczony przerost wypieracza.

	Enuresis noct. cong.	Nabyte zaburzenia po przeziębieniu
ilość badanych przypadków	53	49
przekrwienie trójkąta	9·4%	16.3%
zaznaczony przerost	24·5%	22·4%
wyraźny beleczkowaty przerost	5·6%	6·1%
stosunki prawidłowe	59·5%	55·2%

Na podstawie naszych wyników badań cystoskopowych musimy przyjąć, że przerost beleczkowaty mięśnia wypieracza jest zarówno w przypadkach wrodzonych, jak i nabytych zaburzeń pęcherzowych rzadkim objawem.

Drugą ważną grupę stanowią w naszym materyale zaburzenia pęcherzowe, wywołane urazem, 41 przypadków powstało na tle urazu, jak stłuczenia w okolicy kości krzyżowej, urazy w powłoki brzuszne, dźwignięcie ciężarów, skok, zasypanie ziemią przy wybuchu granatów.

Skutki urazu są rozmaite, zależnie od gwałtowności urazu, miejsca, na które uraz działa, w końcu od kierunku działania urazu. I tak może tępy uraz, działający na okolicę pęcherza moczowego, nie tylko pęcherz sam uszkodzić, ale także przez wstrząśnięcie kręgosłupa uszkodzić rdzeń kręgowy. Z drugiej strony może pęcherz moczowy ucierpieć przez odbicie (contre-coup), skutkiem urazu na kręgosłup lub kość krzyżową. Tensam uraz może w pewnych warunkach wywołać uszkodzenie samego rdzenia lub samego pęcherza lub obu tych narządów, tak że obok objawów bezpośredniego uszkodzenia pęcherza moczowego spotkać możemy objawy uszkodzenia rdzenia.

Przy dźwignięciu ciężarów chodzi o skutki podwyższonego parcia tłoczni brzusznej na pęcherz moczowy i obwodowy narząd nerwowy pęcherza, za czem przemawia fakt, że często obok objawów ze strony pęcherza występują równocześnie przepukliny. — Przy zasypaniach podczas wybuchu granatów uraz bywa rozmaity.

Z objawów klinicznych spostrzegaliśmy w tych przypadkach: typowe objawy uszkodzenia stożka rdzenia (conus medullaris), zaburzenia pęcherzowe w postaci odchodzenia moczu kroplami i zaburzenia potencyi jako jedyne objawy ogniska rdzeniowego, dalej czynnościowe zaburzenia pęcherzowe, częściowo jako następstwo bezpośredniego uszkodzenia pęcherza moczowego, w końcu histeryczne zatrzymanie moczu.

Z 11 przypadków zajęcia stożka rdzenia przytoczę kilka.

[1]) Badania cystoskopowe przeprowadzali pp. Prof. Dr. Zuckerkandl (Wiedeń) i lekarz sztabowy Dr. Stovianiček.

1. S. A., lat 23, przedtem zupełnie zdrów, dziedzicznie nie obciążony. Przed 5 tygodniami spadł z przyrządu gimnastycznego na grzbiet, stracił na chwilę przytomność, a kiedy ją znowu odzyskał, zauważył, że oddał bezwiednie mocz. W nocy po wypadku zmoczył łóżko. W następnych dniach częste oddawanie moczu przy prawidłowem parciu na mocz; przy ruchach ciała, głównie przy chodzeniu, mocz odchodził czasem kroplami. Mimo tych dolegliwości został jeszcze A. przez trzy tygodnie w polu. Przy pierwszem badaniu po przyjęciu chorego do szpitala stwierdziliśmy, że przy chodzeniu mocz ścieka kroplami, że czasem odchodzi znaczniejsza ilość moczu na raz, czego chory zupełnie nie czuje. Dowolne oddawanie moczu nie zaburzone; mocz spada początkowo kroplami, potem odchodzi słabym strumieniem, przerywanym kroplami. Mocz jasny bez nieprawidłowych składników. Odruchy ze ścięgna Achillesa po lewej stronie znacznie słabsze, niż po prawej; zaburzenia czuciowe, odpowiadające S_1 do L_3. Niema zaburzeń ze strony odbytnicy, potencya niezaburzona. Cystoskopowe badanie wykazało nieznaczny przerost beleczkowaty w bocznych częściach pęcherza.

Dalsza obserwacya nie wykazała znaczniejszej zmiany w stanie chorego. Oddawał mocz 16—20 razy dziennie, przy ruchach ciała mocz odchodził kroplami, odruchy i zaburzenia czuciowe nie uległy zmianie.

2. Sz. S. 32 lat. Przed 4 tygodniami upadł podczas wybuchu granatu i stracił na kilka godzin przytomność. Potem mógł tylko z trudnością chodzić. Tego samego dnia nie oddawał wcale moczu; podobno nie odczuwał potrzeby, w nocy zaś bezwiedne moczenie. Następnego dnia i później częste oddawanie moczu, chory miał przytem wrażenie, że pęcherz się nie zupełnie opróżnia; mocz odchodził w małych ilościach. W chwili, kiedy odczuwał parcie na mocz, musiał chory natychmiast oddać mocz, w przeciwnym razie mocz odchodził sam, co chory zauważał dopiero po zmoczonej bieliźnie. Przy chodzeniu ściekanie moczu kroplami; w nocy moczenie do łóżka. Bezpośrednio po wypadku niemożność zatrzymania stolca przez kilka dni, później i w czasie pobytu na oddziale zaparcie stolca. Czy istnieją zaburzenia ze strony czynności płciowych, nie można z pewnością stwierdzić; chory podaje, że od czasu, kiedy jest w polu, nie zauważył u siebie wzwodu prącia. Przedmiotowe badanie wykazało: Dowolne oddawanie moczu prawidłowe, mocz odchodzi silnym strumieniem; mocz jasny bez nieprawidłowych składników. Badanie cystoskopowe wykazało stosunki prawidłowe. Ze strony układu nerwowego stwierdza się zaburzenia czuciowe na obu pośladkach, na obu goleniach z tyłu i po ich zewnętrznych stronach, na kroczu i naokoło części rodnych; moszna jest wolna, na prąciu znieczulenie (S_1, S_2, S_3, S_4, S_5). Czucie bolu, dotyku i zimna zupełnie zniesione, ciepła obniżone. Zresztą wynik badania ujemny. W czasie 3-tygodniowego pobytu na oddziale zmiany czuciowe nieco się cofnęły, objawy ze strony pęcherza pozostały bez zmiany.

3. K. L. 27 lat. Od 3 miesięcy chory. Stał w rowie strzeleckim, nachylony ku przodowi, kiedy uderzył z tyłu za nim granat, a usuwająca się ziemia runęła na jego grzbiet; upadł, mógł jednak wstać i pełnił dalej służbę. Chodził z wielką trudnością z powodu bolów w okolicy lędźwiowej. Kiedy w kilka godzin po wypadku chciał oddać mocz, zauważył na bieliźnie krwawe plamy, a z cewki moczowej uchodziły krople krwi. Mocz był zabarwiony krwawo. Uczucie parcia na mocz prawidłowe, nie było żadnych trudności przy oddawaniu moczu; mocz mógł również dobrze utrzymać. Zabarwienie krwawe moczu znikło na drugi dzień, natomiast wystąpiła niemożność utrzymania moczu, który ściekał kroplami. Chory nie odczuwał tego, tylko stale mokra bielizna zwróciła jego uwagę na to. W okolicy pęcherza miewał chory często bole, przyczem musiał natychmiast pęcherz opróżniać. Od czasu choroby zupełna impotencya. Oddawanie stolca prawidłowe.

Przedmiotowe badanie układu moczowego, z wyjątkiem znieczulenia na ból w obrębie S_4—S_5, ujemne. Badanie urologiczne: Dowolne moczenie prawidłowe, pozostałości niema. Pęcherz nie znosi znaczniejszej ilości płynu przy napełnianiu z zewnątrz. Przy znaczniejszem wypełnieniu mocz odpływa obok cewnika, jednak bez uczucia parcia na mocz. Błona śluzowa pęcherza nieco rozpulchniona, znaczniej nastrzykana; mierny przerost beleczkowaty mięśni. Brzeg sterczu niezupełnie ostry. Badanie przez odbytnicę nie wykazuje żadnych zmian. Rozpoznanie: Lekki nieżyt w szyi pęcherza moczowego. Badanie rentgenologiczne wykazuje lekkie skrzywienie kręgosłupa na przejściu części lędźwiowej w kość krzyżową.

W czasie pobytu na oddziale chory oddawał mocz 20—24 razy na dobę. Ilość moczu 850 cm^3 na 24 godzin. Ściekanie moczu kroplami stale się utrzymywało, ustawało tylko na przeciąg 10 minut, po dowolnem oddawaniu moczu. Chory oddaje mocz dowolnie tylko w celu uniknięcia ściekania moczu kroplami, parcia na mocz nie odczuwa. Po 6—7 tygodniach stan się o tyle zmienił, że chory zaczął odczuwać prawidłowe parcie na mocz. Zaburzenia ze strony czynności płciowych nie poprawiły się. Ze strony odbytnicy nie było żadnych zaburzeń.

We wszystkich przytoczonych przypadkach wysuwają się zaburzenia pęcherzowe na plan pierwszy. W pierwszym przypadku mamy nadto zaburzenia czuciowe, cechujące zajęcie stożka rdzenia, różnicę w odruchach ze ścięgna Achillesa, zaburzenia czynności ze strony odbytnicy i zaburzenia potencyi (?). W drugim przypadku mamy obok zaburzeń pęcherzowych zaburzenia czuciowe również dla zajęcia stożka charakterystyczne, w trzecim przypadku zaburzenia pęcherzowe czuciowe i zupełną impotencyę. W ostatnim przypadku zaburzenia ze strony pęcherza są najwybitniejsze, mimo że inne przedmiotowe objawy są nieznaczne. O ile w przypadkach takich, jak w ostatnim przytoczonym, mamy obok zaburzeń pęcherzowych zaburzenia czuciowe jako jedyną wskazówkę sprawy rdzeniowej, to spotykamy cały szereg przypadków, w których jedynym objawem zajęcia rdzenia są zaburzenia pęcherzowe i impotencya.

4. K. S. Przed 10 dniami wpadł do głębokiego rowu. Na drugi dzień po tym wypadku wystąpiły zaburzenia pęcherzowe, i to ściekanie moczu kroplami, które dotąd się utrzymuje. Przy badaniu stwierdza się bezustanne spadanie moczu kroplami. Przy dowolnem moczeniu mocz odchodzi słabym strumieniem, przerywanym ściekaniem kroplami. Napadowe bole w okolicy pęcherza moczowego. Impotencya. Stan ten zmienił się w ciągu kilkutygodniowej obserwacyi. Stan nerwowy zupełnie ujemny. Badanie cystoskopowe wykazuje tylko przekrwienie w trójkącie pęcherzowym. Badanie rentgenowskie z wynikiem ujemnym.

W takich przypadkach, w których obok zaburzeń pęcherzowych i płciowych nie znajdujemy żadnych innych przedmiotowych objawów nerwowych, przemawia za sprawą rdzeniową bezustanne ściekanie moczu kroplami, a nadto zaburzenia w dowolnem oddawaniu moczu, t. j. słaby prąd, przerywany ściekaniem kroplami. Tego rodzaju zaburzeń nie widziałem w przypadkach osłabienia pęcherza, powstałych na tle przeziębień.

Co do rodzaju zmiany w rdzeniu w tych przypadkach, to mamy prawdopodobnie do czynienia albo z drobnemi wybroczynami, albo z następstwami wstrząsu rdzenia kręgowego (commotio spinalis). Na częste występowanie wstrząsu rdzenia po urazie zwrócili w czasie wojny uwagę Finkelburg[24]), Eisenbach[25]), Rothmann[26]), Rumpel[27]), Mayer[28]), Leva[29]), Weber[30]), Oppenheimer[31]), Donath[32]) i i. Doświadczenia tych autorów, nabyte na przypadkach postrzałowych, wykazują, że wstrząs rdzenia powstać może przez samo przeniesienie się wstrząśnięcia z sąsiedztwa na kręgosłup, a tem samem na rdzeń kręgowy, a dalej, że nawet pozornie nieznaczne urazy mogą w pewnych warunkach doprowadzić do wstrząsu. Opierając się na teoryi Ficklera, przyjmują Mayer i Leva zmiany anatomiczne w rdzeniu w postaci zmian i wahań w płynnej aksoplazmie, przez co czynność włókien nerwowych czasowo ustaje. Objawy kliniczne mogą być bardzo ciężkie, — objawy zupełnego przecięcia rdzenia — w innych zaś przypadkach objawy są nieznaczne i ograniczyć się mogą do pojedynczych odosobnionych objawów, co Leva sprowadza do ograniczonych zmian wysepkowatych w rdzeniu. Tego rodzaju zmiany mogą nam tłumaczyć występowanie zaburzeń pęcherzowych i płciowych bez innych przedmiotowych objawów ze strony układu nerwowego w pewnych przypadkach postrzałowych na tle urazu.

Dalszą grupę stanowią przypadki urazowe, w których zaburzenia pęcherzowe nie mają wyżej wspomnianych cech rdzeniowych, a badanie przedmiotowe daje wynik zupełnie ujemny. Często występują te zaburzenia jako następstwo zadziałania urazu na powłoki brzuszne w okolicy pęcherza moczowego. Przy typowym urazie na pęcherz powstają łatwo obrażenia błony śluzowej pęcherza i krwotoki pęcherzowe, a cystoskopem stwierdza się świeże wybroczyny (Zuckerkandl). W następstwie takich uszkodzeń mogą się rozwinąć zaburzenia pęcherzowe rozmaitego nasilenia, począwszy od wzmożonego parcia na mocz, do fałszywej niemożności zatrzymania moczu i mimowolnego nocnego moczenia. W cięższych przypadkach spotykamy także ściekanie moczu kroplami. — Jeden z naszych chorych uderzony został kopytem końskiem w brzuch; zaraz po urazie krwawy mocz, który ściekał kroplami, utrata uczucia parcia na mocz, w nocy mimowolne moczenie. Krwawy mocz utrzymywał się przez dwa dni, inne objawy trwały przez 3 tygodnie. Innego chorego, który spadł z konia podczas nieudałego skoku, przygniótł koń swoim ciężarem; zaraz po wypadku krwawy stolec i krwawy mocz, po

włoki brzuszne krwią podbiegnięte. Mocz ściekał kroplami, głównie przy leżeniu na bok i przy chodzeniu. Te zaburzenia pęcherzowe utrzymywały się przez 3 miesiące.

Nagłe zjawienie się krwawego moczu przemawia w tych przypadkach za uszkodzeniem błony śluzowej pęcherza, dalsze zaburzenia są prawdopodobnie wynikiem uszkodzenia obwodowego narządu nerwowego pęcherza.

Zaburzenia lżejszego stopnia mogą wystąpić także i bez uszkodzenia pęcherza moczowego, i to najczęściej przy zasypaniu po wybuchu granatów i t. p. Ponieważ w takich razach czynnik psychiczny odgrywa ważną rolę, należy te przypadki uważać za czysto czynnościowe. Zwykle stwierdzamy obok zaburzeń pęcherzowych także objawy ogólnej nerwicy. Wraz z poprawą stanu ogólnego poprawiają się objawy ze strony pęcherza moczowego. Należy zauważyć, że takie przypadki są już mniej odporne na działanie innych wpływów szkodliwych jak n. p. przeziębienia.

Wspomnieć należy o kilku przypadkach zatrzymania moczu po urazie, które spostrzegaliśmy na oddziale. Chodzi tu o zaburzenie histeryczne, przyczem można wykazać inne wybitne objawy tej choroby.

34-letni chory spadł w 14 r. życia z drabiny, przyczem nie odniósł znaczniejszych obrażeń ciała. Bezpośrednio po wypadku zatrzymanie moczu, tak że musiano chorego cewnikować. Od tego czasu nie może chory moczu dowolnie oddawać, kupił sobie cewnik gumowy i cewnikował się sam. Z wybuchem wojny zgłosił się dobrowolnie do wojska. Przed niedawnym czasem zgubił cewnik i zamiast cewnika wprowadzał sobie do cewki moczowej mniej więcej 7—8 cm. głęboko krótkie słomki, albo odpowiednio obrobione pałeczki drewniane, które po chwili wyciągał i wtedy dopiero oddawał mocz. Przy chorym znaleziono cały szereg podobnych »instrumentów«. Przedmiotowo stwierdzono wysepkowate znieczulenia na całem ciele i brak odruchów gardłowych. Badanie cystoskopowe dało wynik ujemny.

Inny chory mógł tylko raz na dobę mocz oddawać. Przed dwoma laty, kiedy ciężko w lesie pracował, odczuł nagle ból w okolicy pęcherza; dopiero na drugi dzień mógł mocz dowolnie oddać. Przez dwa miesiące oddawał mocz tylko raz na dobę. Potem był zdrów, oddawał mocz kilka razy dziennie. Przed 3 tygodniami nosił ciężkie worki, przyczem znowu wystąpiły bole w pęcherzu moczowym; od tej chwili oddaje mocz tylko raz na dobę. Przy pierwszem badaniu pęcherz, znacznie wypełniony, sięgał powyżej pępka. Rano oddawał chory mocz w ilości 1200 do 1500 cm³. Badanie urologiczne z wynikiem ujemnym. Badanie układu nerwowego wykazało znieczulenie na obu ramionach, na tylnej powierzchni prawego uda, obu goleniach i na zewnętrznych stronach szyi. Czaszka mała, brwi zrośnięte, wysokie, wązkie podniebienie, uwłosienie na ciele o typie kobiecym.

W ostatnim czasie badałem chorego, u którego stwierdziłem nawrót histerycznego zatrzymania moczu. Pierwszy raz nastąpiła niemożność oddawania moczu po tępym urazie w brzuch. Był przez kilka miesięcy cewnikowany. Potem dostał się chory do szpitala w Lublanie, gdzie go uleczono w przeciągu kilku minut »zapomocą elektryzowania w ciemnym pokoju«. Z opisu tego można się domyśleć, że był leczony sposobem, podanym przez Nernery i Rablowskiego w Lublanie dla leczenia histeryi urazowej (Wien. klin. Woch. 51, 1916). Obecnie wystąpił nawrót choroby po zmęczeniu w czasie marszu. Jednorazowe zastosowanie prądu faradycznego wystarczyło do usunięcia zatrzymania moczu.

Przystępuję do omówienia zaburzeń pęcherzowych, powstałych w przebiegu chorób zakaźnych. Z piśmiennictwa znane są przypadki po durze brzusznym (Frankl-Hochwart i Zuckerkandl [33]), Cohn) [34]) po zimnicy (Orchevski [35]), Busquet) [36]), zapaleniu migdałków (Pässler [37]), Brodzki) [38]) po czerwonce (Rose [39]), Colin, Juliusberg i Heller, Munk). O przypadku zatrzymania moczu w przebiegu zimnicy wspominają Frankl-Hochwart i Zuckerkandl. Mendel [40]) spostrzegał skurcz przy oddawaniu moczu jako pierwszy objaw tężca.

Na 13 przypadków przez nas spostrzeganych chodziło 5 razy o zaburzenia pęcherzowe po durze brzusznym, 2 razy po durze plamistym, 4 razy po bliżej nieokreślonych stanach gorączkowych, raz po zapaleniu gardła, a raz po czerwonce. We wszystkich przypadkach duru brzusznego wystąpiły zaburzenia pęcherzowe dopiero w okresie ozdrowienia, i to w postaci wzmożonego lub zmienionego uczucia parcia na mocz (bole, kłucia), w końcu w postaci fałszywej niemożności zatrzymania moczu. Mimowolnego moczenia w nocy nie było. Stany te utrzymywały się 2—3 miesięcy i ustępowały bez leczenia. — W jednym przypadku duru plamistego nie mógł chory, — jak podawał, — moczu oddawać i musiano go cewnikować. W okresie ozdrowienia częste oddawanie moczu i wzmożone parcie na mocz. W drugim przypadku chory utracił uczucie parcia na mocz, który ściekał kroplami. W przypadku z pryszczykowem zapaleniem gardła spostrzegliśmy pollakisuryę, która ustąpiła wraz z zapaleniem gardła. W przypadku czerwonki chodziło o długotrwałe zatrzymanie moczu, które wystąpiło już po ustąpieniu czerwonki.

Przeważnej części tych przypadków nie spostrzegaliśmy w okresie bezpośrednio po przebytej chorobie zakaźnej; chorzy ci byli obecnie leczeni z powodu nawrotu zaburzeń, powstałych na tle choroby zakaźnej. Przypadki te wskazują, że zaburzenia pęcherzowe po chorobach zakaźnych po pewnym czasie same ustępują, że jednak te przypadki mają skłonność do nawrotów na tle innych czynników szkodliwych.

Co się tyczy leczenia omówionych zaburzeń pęcherzowych, to muszę z góry zaznaczyć, że z biegiem czasu wobec ujemnych wyników coraz mniej środków pozostawało mi do wyboru, tak że w końcu leczenie ograniczało się jedynie do stosowania ciepłych suchych okładów na okolicę pęcherza moczowego i przetrzymywania chorego w łóżku. Doszedłem w końcu do przekonania, że jeżeli ten prosty środek nie pomaga, to i inne polecane środki pozostają bez skutku. Po środkach wewnętrznych (aspiryna, fenacetyna, belladona i t. d.) nie widziałem żadnego skutku. Początkowo stosowałem faradyzacyę, zalecaną przez niektórych autorów; wyniku dodatniego nie było, a w niektórych przypadkach stan się pogarszał (na co zwrócił już uwagę Fuchs). W 18 przypadkach stosowałem wstrzykiwania pozaoponowe, podane przez Cathelina,— bez dodatniego wyniku. Stosowałem w końcu przepłukiwania pęcherza 3% rozczynem kwasu borowego według przepisu, podanego przez Fuchsa i Grossa. Zadowalającego skutku nie widziałem. Dla tej metody wybierałem przypadki uporczywe, zwłaszcza przypadki pourazowe z objawami ze strony rdzenia, a to dlatego, ponieważ Fuchs i Gross spodziewają się, że ich sposobem będzie można wpłynąć dodatnio także na zaburzenia pęcherzowe w wiądzie rdzenia. Podstawą teoretyczną dla sposobu leczenia Fuchsa i Grossa (przepłukiwania coraz cieplejsze 3% rozczynem kwasu borowego) jest spostrzeżenie tych autorów, że przy inkontynencyi na tle zimna, urazu lub chorób zakaźnych pojemność pęcherza jest zmniejszona, że wypełnianie pęcherza płynem jest bolesne, że pobudliwość elektryczna błony śluzowej pęcherza jest obniżona, że pęcherz nie opróżnia się całkowicie przy dowolnem oddawaniu moczu i że mocz nie daje się z pęcherza ręką wycisnąć. Ten stan pęcherza nazwali ci autorowie »stanem stężenia pęcherza« (Blasenstarre). Musimy zauważyć, że w naszym, dość licznym materyale tylko wyjątkowo spotykaliśmy zmniejszoną pojemność pęcherza i równie rzadko znajdowaliśmy zaległości w pęcherzu po oddaniu moczu. I inni autorowie (Scharnke, Stiefler i Volk, Juliusberg i Heller) tych zmian nie znajdowali. Dodatnie wyniki Fuchsa i Grossa należy sobie tłumaczyć działaniem ciepła wprowadzanego płynu, którego używają do przepłukiwań, co można o wiele łatwiej osiągnąć przez stosowanie ciepłych suchych okładów z zewnątrz. Przytoczone przez Fuchsa i Grossa przypadki wyleczenia po 4—8 dniach nie przemawiają bynajmniej za dodatniem działaniem tego sposobu leczenia, gdyż lekkie przypadki poprawiają się bardzo szybko i bez leczenia. Miarodajne byłyby przypadki ciężkie, uporczywe, a zwłaszcza przypadki rdzeniowych zaburzeń pęcherzowych. W takich przypadkach nie widziałem żadnej poprawy, a w jednym z nich wystąpiły w czasie leczenia silne bole w pęcherzu, parcie na mocz się zwiększyło, tak że musiałem leczenie przerwać. Muszę zauważyć, że przypadki te nie wykazywały wszystkich cech, które Fuchs i Gross obejmują nazwą »stężenia pęcherza« (Blasenstarre), gdyż pojemność pęcherza nie była zmniejszona i pozostałości nie było; pobudliwości faradycznej błony śluzowej pęcherza nie badałem.

O tem, że wyniki naszego leczenia, ograniczającego się jedynie do trzymania chorego w łóżku i stosowania suchych, gorących okładów, nie były gorsze od wyników, podanych przez innych autorów, świadczy fakt, że jako wyleczeni, opuścili szpital: 28·5% przypadków wrodzonego mimowolnego moczenia, 37·7% zaburzeń pęcherzowych po przeziębieniu, 46·6% po chorobach zakaźnych, 19·5% po urazach i 33·3% zaburzeń bez wiadomej przyczyny.

Przy ocenieniu zdolności do służby wojskowej należy uwzględnić przyczynę, stopień nasilenia, czas trwania objawów chorobowych i stan ogólny chorego. Ogólnej reguły ustanowić nie można, musi się indywidualizować. Zapatrywanie Munka, że chorzy z czynnościowemi zaburzeniami pęcherzowemi są zdolni do służby na froncie, ponieważ przyzwyczaili się już do nieprzyjemności swego cierpienia, idzie mojem zdaniem za daleko.

Wprawdzie spotyka się często między naszymi chorymi ludzi fizycznie bardzo dobrze rozwiniętych, należy jednak uwzględnić, że układ nerwowy człowieka, który bezustannie cierpi na parcie na mocz i który często mocz bezwiednie oddaje, szybko się wyczerpuje i że odporność ustroju przez to się zmniejsza. Z tych względów odesłaliśmy część chorych nie wprost na front, tylko do kadry, gdzie przez pewien czas pełnili lżejszą służbę. Przypadki lżejsze odsyłano ze szpitala wprost na pozycye.

Na koniec chciałbym poruszyć sprawę symulacyi. Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że prawie wszyscy autorowie tylko w nielicznych przypadkach podejrzywali chorych o symulacyę (Stiefler, Fuchs, Schwoner, Prigl, Ullmann). Jedynie Jellinek i Hirth przypuszczają, że symulacya nie jest rzadka. Prawdą jest, że odkrycie symulacyi jest trudne — na co już inni autorowie zwrócili uwagę — nie ma bowiem żadnego pewnego objawu, któryby wskazywał na rzeczywiste schorzenie. Jellinek przywiązuje wiele wagi do objawu ściekania moczu kroplami, na któryto objaw zwrócił mu uwagę Wagner-Jauregg. Faktem jest, że objawu tego nie można symulować, ale zaznaczyć należy, że brak tego objawu nie przemawia przeciw chorobie, a tem mniej za symulacyą. Jeżeli się bowiem dokładnie obserwuje przypadki niedomogi pęcherza, powstałej na tle przeziębienia, to można stwierdzić, że ściekanie moczu kroplami już po krótkim czasie ustępuje, a pozostaje tylko wzmożone parcie na mocz z fałszywą niemożnością zatrzymania i nocnem moczeniem, objawy, które można łatwo symulować; przy badaniu takich chorych w tym okresie nie znajdujemy ściekania moczu kroplami, co jednak nie uprawnia nas do twierdzenia, że cierpienie jest udawane. Jellinek odróżnia przypadki, w których stwierdza ściekanie moczu kroplami, od takich, w których tego objawu niema; w tych drugich przypadkach zwraca uwagę na objawy myelodysplazyi Fuchsa, na zmiany w budowie czaszki (Ullmann), na zmiany w narządzie płciowym, jak stulejka, spodziectwo i t. d., zmiany na skórze (wyprysk), na zmiany w moczu i zmiany w układzie nerwowym. Co się tyczy rozszczepienia kręgosłupa i zmiany w budowie czaszki, to zwróciliśmy już uwagę na to, że nie są one objawem stałym (rozszczepienie kręgosłupa w 37%, zmiany w budowie czaszki 16—17% przypadków). Zmiany na błonie śluzowej pęcherza (przerost beleczkowaty) wykazaliśmy tylko w 5—6% przypadków, tak że brak tych objawów nie przemawia przeciw rzeczywiście istniejącym zaburzeniom pęcherzowym i nie dowodzi symulacyi.

Jellinek uważa mimowolne moczenie nocne za cierpienie — jeśli nie sztuczne — to napewno czynnościowe, które daje się łatwo usunąć zapomocą dyscypliny i faradyzacyą. Polepszenie się stanu chorobowego po stosowaniu ostrej dyscypliny nie dowodzi mojem zdaniem, że istotnie dyscyplina przyczyniła się do ustąpienia objawów, albo że cierpienie było sztuczne. Przekonałem się bowiem niejednokrotnie, że chorzy tacy spędzają nieraz bezsenne noce, aby módz rano zgłosić, że nie zmoczyli łóżka. Oprócz tego spotyka się cały szereg przypadków, które się w krótkim czasie poprawiają i w których moczenie nocne ustaje bez stosowania kar, jedynie pod wpływem ciepła i leżenia w łóżku. Te doświadczenia skłoniły mnie też do porzucenia faradyzacyi.

Za surowem obchodzeniem się z chorymi oświadcza się również Hirth, który uważa zaburzenia pęcherzowe za cierpienia hańbiące żołnierza, skoro poleca dyscypliną podnosić poczucie honoru żołnierza, albo kiedy woła: »Soll Deutschland unterliegen, weil seine Männer sich die Hosen voll machen?« (przytoczone według sprawozd. sekcyi medycznej »Schles. Gesell. der vaterl. Cultur« w Wrocławiu w Berliner kl. Woch. Nr. 22. 1907).

Zaburzeniom pęcherzowym, spotykanym u żołnierzy, nie należy zdaniem Hirtha przypisywać wielkiego znaczenia, aczkolwiek z drugiej strony przyznaje on, że nie ma sposobu wykrycia symulacyi.

Na podstawie mego doświadczenia muszę stwierdzić, że w wyjątkowych tylko przypadkach mogłem przypuścić symulacyę. Przyznaję, że nic tak łatwo nie da się symulować, jak nocne moczenie; każdy mi jednak przyzna, że tylko ten może dokładnie opisać poszczególne objawy niedomogi pęcherza moczowego, który rzeczywiście to cierpienie przechodzi. Dlatego kładę wielki nacisk na opowiadanie chorego; dokładna znajomość pojedynczych objawów, porządku, w jakim objawy występują, może nas uchronić od fałszywych podań chorego, któryby nas chciał w błąd wprowadzić. Musimy się przyznać do tego, że nie możemy wykryć i udowodnić symulacyi, co nam odbiera prawo podejrzywania żołnierza o udawanie choroby.

Piśmiennictwo. 1) Sprawozd. z posiedz. w szpit. marynarki w Hamburgu; Münch. med. Woch. Nr. 2, 1915. 2) Wien. kl. W. Nr. 34, 1915. 3) Münch. m. W. 21, 1915. 4) Wien. kl. W. Nr. 35, 1915. 5) Wien. kl. W. 39, 1915. 6) Wien. kl. W. 46, 1915. 7) Münch. m. W. 3, 1916. 8) Wien. kl. W. 34, 1916. 9) Wien. kl. W. 38—40. 10) Wien. kl. W. 47, 1916. 11) Berl. kl. W. 11, 1917. 12) Deutsche m. W. 15, 16, 1917. 13) Med. Klinik 23, 1917. 14) Med. Klinik 37, 1913. 15) Arch. f. Psych. 53, 1914. 16) W. kl. W. 43, 1916. Spraw. z pos. Tow. lek. w Wiedniu. 17) W. med. W. 37, 38, 1909; W. med. W. 27, 1910. 18) W. med. W. 37, 1909. 19) Deutsche med. W. Nr. 27, 1911. 20) l. c. 21) D. Z. f. Nerv. 55, Z. 4—6. 22) M. m. W. 26, 1911, Sprawozd. z Tow. lek. w Hamburgu. 23) D. Z. f. Nerv. 1911 (cyt. według Ullmanna). 24) D. m. W. 50, 1914. 25) M. m. W. 1, 1915. 26) M. m. W. 8, 1915. 27) M. m. W. 19, 1915. 28) M. m. W. 19, 1915. 29) M. m. W. 27, 1915. 30) M. m. W. 36, 1915. 31) Med. Klinik 33, 1915. 32) Wien. kl. W. 28, 1915. 33) Die nervösen Erkr. der Harnblase 1905. 34) Berl. kl. W. 24, 1916. 35) przytoczone według Frankl-Hochwarta i Zuckerkandla 36) Rev. de med. 1901 cit. przytocz. według Frankl-Hochwarta i Zukerkandla. 37) M. m. W. 1916. 38) Berl. klin. W. 16, 1916. 39) Berl. klin. W. 24, 1916. 40) Neurol. Centralblatt 1, 1915.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne dniu 16 lutego 1918.

Przewodniczący: prezes kol. Krzyształowicz, obecnych 96.

Przewodniczący zagaił posiedzenie następującą przemową, której obecni wysłuchali stojąc:

»Cały naród przejęty dziś jedną myślą, odczuciem zamierzonego przez akcyę dyplomatyczną bezprawia, odczuwa krzywdę, która dotyka do głębi dusze wszystkich, myślących po polsku. Ale zraniona ciężko dusza nie oddaje się rozpaczy i żałości, — nie czas na bolesne okrzyki, bo całe społeczeństwo czuje, że potrzeba mu jedności, skupienia i zgodnego wysiłku, aby odporność swą zwiększyć i wzmocnić. — Nigdy Naród polski nie uznał żadnego rozbioru; tem więcej dzisiaj musimy znaleść tyle tężyzny w sobie, aby nie dać się zachwiać i zgnębić, nie dać odebrać sobie tego, co rdzennie nasze i mimo rozbiorów zawsze narodowo nasze było i jest. Głęboka ufność w niespożyte siły nieśmiertelnego Narodu polskiego, ufność w nieprzedawnione prawa dawnej Rzeczypospolitej, obok jednolitej dziś woli Narodu, doda nam sił do walki o prawa Narodu, walki choćby najcięższej, doda sił do wytrwania.

Łącząc się z ogólnym protestem przeciw zamierzonym gwałtom, przedkładam następujący protest do uchwały:

Lekarze, zebrani z inicyatywy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 16 lutego 1918 w Krakowie, odczuwając niesłychaną krzywdę i gwałt, zadany Narodowi Polskiemu przez zamierzone oderwanie od Polski ziem rdzennie polskich i uświęconych męczeństwem kilku pokoleń, łączą się z bezwzględnym protestem całego polskiego społeczeństwa«.

Protest ten jednomyślnie uchwalono, poczem przewodniczący zamknął posiedzenie.

Posiedzenie dnia 27 lutego 1918.

Przewodniczący: kol. prezes Krzyształowicz. Obecnych członków 22.

I. Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia poddał przewodniczący pod głosowanie następujący wniosek kol. Dr Momidłowskiego:

»1 Przy projektowaniu nowych źródeł pobierania wody do wodociągów miejskich należy w każdym wypadku zasięgnąć zdania również znawców z dziedziny higieny wodnej, ponieważ higiena wodna stanowi wielki dział specyalnej wiedzy, opartej na nauce lub doświadczeniu tak, że n. p. w Niemczech stworzono już do badania spraw wodnych osobną instytucyę naukową, mianowicie: »Prüfungsamt für Wasserhygiene«.

2. W komisyi wodociągowej miejskiej powinni stale zasiadać znawcy dla spraw higieny wodnej tak z grona, jak i z poza grona organów miejskich«.

Oraz wniosek dodatkowy kol. prof. Nitscha: »Przy obecnem urządzeniu studzien wodociągowych w Bielanach pobieranie prób wody do badania chemicznego i bakteryologicznego jest połączone z zanieczyszczeniem wody w studniach. Wobec tego Towarzystwo lekarskie uważa za konieczne, aby przy budowie nowych studzien uwzględniono konieczność pobierania prób do badania. Ujęcia wód zatem powinny być tak wykonane i tak urządzone, aby można z nich pobierać próby wody bez zanieczyszczenia studzien«.

Wnioski oba jednomyślnie uchwalono; będą one posłane Radzie miejskiej do wiadomości.

II. Na wniosek komitetu, a na zaproszenie Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności wybrano delegatem do komisyi, mającej przyznać nagrodę im Dr Warszauera — prof. Dr Stanisława Ciechanowskiego.

III. Kol. Dr Weissglas wygłosił odczyt p. t.: **O pracy inwalidów w c. i k. szkole inwalidów w Krakowie** (oddział przemysłowy).

Do zadań lekarza należy oprócz leczenia ran i ich powikłań zapobieganie następstwom bezczynności i próżnowania w szpitalu. Uwzględniając ten cel, urządza się w szpitalu, przydzielonym do szkoły inwalidów, z początku zabawy, koncerty, wieczorki i t. p. Gdy stan chorych nieco się poprawi, przydziela się ich do rożnych zajęć, które mają znaczenie lecznicze ogólne, lub specyalne (ze względu na kalectwo). Ich znaczenie praktyczne polega na tem, że chory przekonywa się o tem, iż do pracy jest zdolny, a w szczególności, na jaki zawód pozwala jego kalectwo. Prócz tego używanie różnych narzędzi rzemieślniczych ma niewątpliwie duże znaczenie lecznicze, zastępujące nieraz w zupełności działanie przyrządów Zanderowskich. Gdy inwalidzi opuszczą szpital po ukończeniu leczenia chirurgicznego lub ortopedycznego, wówczas drogą Komisyi, naradzającej się nad przyszłością inwalidy wzgl. jego przyszłym zawodem, dostają się albo do domu, albo na stosowne dla nich posady, albo wreszcie, w braku środków utrzymania i możności zarobkowania, na różne oddziały szkolne zakładu. W skład Komisyi wchodzą przedstawiciele władz wojskowych, Krajowej Komisyi opieki nad inwalidami, przedstawiciele różnych kursów szkolnych, z oddziału przemysłowego kierownik techniczny i kierownik lekarski. Inwalida, przyszedłszy na oddział przemysłowy, zostaje jeszcze raz zbadany przez lekarza i inżyniera, następnie podczas pracy obserwowany w celu ewentualnej zmiany narzędzi stosownie do kalectwa, a wreszcie rozpoczyna się szkolenie. Zasadą, jaką się kieruje lekarz i inżynier przy wyborze zawodu, jest o ile możliwie zatrzymać inwalidę przy dawnem jego zajęciu, lub podobnem, a tylko w ostateczności zgodzić się na zmianę zawodu. Naturalnie, że obok szkolenia korzysta inwalida ze środków leczniczych i z opieki lekarskiej ze względu na swoje kalectwo. W krakowskim zakładzie pracuje około 300 inwalidów.

O wynikach praktycznych świadczą urządzane wystawy, a przedewszystkiem statystyka zwolnionych z oddziału inwalidów, którą prelegent szczegółowo przedstawia i omawia. Wykład zakończył się przedstawieniem bardzo licznych inwalidów, u których mimo dużego kalectwa uzyskano wysoki stopień zdolności do pracy i zarobkowania.

W dyskusyi kol. Jaugustyn podnosi wielkie trudności, wśród których krakowski zakład pracuje.

Prócz niego w dyskusyi zabierali jeszcze głos koledzy: Michejda, prof. Krzyształowicz i prelegent.

Sekr. dor. Dr Michejda.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 13. III. posiedzenie, na którem Dr. Radwańska i prof. Rosner przedstawili szereg przypadków i preparatów z kliniki ginekologicznej. W dyskusyi przemawiali prof. Kostanecki, Gliński, doc. Borowiecki, Dr. Boguszewski i Rychliński.

— Otrzymaliśmy sprawozdanie Towarzystwa walki z gruźlicą w Nowym Targu na rok 1917. Na czele Towarzystwa stoi wydział z 4 członków pod przewodnictwem starosty p. Psarskiego. W połowie grudnia 1916 otwarło Towarzystwo poradnię dla piersiowo chorych, którą prowadził bezpłatnie st. lekarz powiatowy, dr. Janikiewicz; w ciągu r. 1917 zgłosiło się do poradni 275 osób, z nich 147 z gruźlicą, przeważnie z powiatu nowotarskiego. Dla spopularyzowania walki z gruźlicą urządziło Towarzystwo 12 odczytów w 5 miejscowościach powiatu; odczyty wygłosiło 8 lekarzy, objaśniając je preparatami anatomicznymi, nadesłanymi przez prof. St. Ciechanowskiego. Wykładami interesuje się ludność wiejska znacznie więcej, niż w miasteczkach. Wreszcie wydało Towarzystwo swoim nakładem popularną broszurę o gruźlicy, pióra dr. Dłuskiego. Towarzystwo ma 138 członków, w r. 1917 miało 6349 K. dochodu, a 1796 K. wydatków.

— Zakład Towarzystwa akcyjnego p. f. Dr. Chramcą w Zakopanem, zlicytowany za długi, nabyło za 1,700.000 K. Towarzystwo Czerwonego krzyża. Akcyonaryusze stracili swoje wkłady.

— Zmarły z duru plamistego dr. Kazimierz Gerus, lekarz sztabowy, zapisał cały swój majątek, około 100.000 K., na stypendya dla polskiej młodzieży rękodzielniczej.

Warszawa. Nagrodę za odczyt higieniczny dla ludu wiejskiego na konkursie Towarzystwa higienicznego warszawskiego, ogłoszonym z powodu rocznicy Kościuszkowskiej, przyznał sąd konkursowy Dr. A. A. Puławskiemu, ordynatorowi szpitala Dz. Jezus i redaktorowi »Gazety lekarskiej«.

Zmarli: Z duru plamistego: Dr. Wacław Kosmowski w 34 r. ż. w Warszawie, Dr. Jan Dłutek w 35 r. ż. w Grojcu, Dr. Mieczysław Marowski w Bośni.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik IX. 1918. Luty. (Monachium, J. F. Lehmann). Cena 2 Mk. — Marzec. Cena 1·80 Mk.

W zeszycie lutowym pomieścił prof. Hoffmann rzecz p. t. »Serce a konstytucya«, a prof. Stähelin rozprawkę o badaniu gruźlicy płuc zapomocą promieni Roentgena.

Treść tegorocznego zeszytu marcowego stanowią dwie rozprawy prof. Straussa: »Proctostasis paradoxa« i »O krwotokach z odbytnicy«, oraz praca prof. Wienera: »Przemiana substancyi purynowych a patogeneza dny.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polkich w styczniu 1918:

Gazeta lekarska Nr. 5—8. Koniecpolski: Dalsze badania nad działaniem karbolu w tyfusie wysypkowym (5). — Karwacki: (dok. 5). — St. St. Ok.: K. Oczesalski (wspomnienie pośmiertne (6). — Turkiewiczówna: Rzadki przypadek torbieli, powstałej w grasicy (7). — Puławski: Nietypowy przypadek duru wysypkowego (7). — Flatau i Zylberlastówna: O oddziaływaniu opon mózgowych na gruźlicę (8—9).

Medycyna i Kronika lekarska Nr. 5—8. Popiel (dok. 6). — Zawadzki: Ze szpitalnictwa (5—8). — Kleczkowski i Karelus O ostrem wybroczynowem nagminnem zapaleniu spojówki (7—8):

Zdrowie Z. 1. Gantkowski: Kilka uwag o potrzebie wykładów medycyny pastoralnej w seminaryach duchownych.

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. 1917. Zesz. 4. Popiel: Główka noworodka, jej właściwości i rola podczas porodu.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę 20. marca 1918** o godz. 6 wieczór w **Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4)**. Na porządku dziennym. Doc. Nowaczyński, Prof. Gliński i Prof. Krzyształowicz Demenstracye chorych i preparatów.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.